



SwissLife

Rapport du Médecin examinateur

N° de contrat

M. le Docteur Lic Bogen

Identité

Nom et prénom DMAR PAUL KIL

Nom de jeune fille

Date et lieu de naissance 24.04.1962Nationalité FSituation de famille MARIÉProfession actuelle CHIFF D'ENTREPRISE

Adresse

Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le Médecin examinateur

☐ NON ☒ OUI Cochez et, si réponse positive, complétez la zone située à droite de la question.

1. Sports pratiqués régulièrement ?

☐ NON ☒ OUILesquels ? MARTIAL-ART, GYMNASTIQUE A PIÈREEn compétition ? NON

Consommez-vous des boissons alcoolisées ?

☐ NON ☒ OUIQuantité par jour : OCCASIONNELLE

Fumez-vous ?

☒ NON ☐ OUI

Quantité par jour :

Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?

☒ NON ☐ OUI

Lesquels ?

Jusqu'à quand ?

Taille : 186 cm • Poids : 74 kg • Tension artérielle : Maxi : Mini : Est-elle traitée ? : ☐ NON ☐ OUI

2. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :

Laquelle ? Quand ? Durée du traitement ?

- tuberculose, infections sexuellement transmissibles, infection consécutive au syndrome d'immuno-déficience acquise, hépatite(s) virale(s) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?

☒ NON ☐ OUI

- diabète, hypercholestérolémie, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien ?

☒ NON ☐ OUI

- anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ?

☒ NON ☐ OUI

- dépression, stress, troubles anxieux, troubles de l'humeur, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie, retard mental ou toute autre atteinte psychiatrique ?

☒ NON ☐ OUI

- accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, sclérose en plaques, paralysie, myopathie ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?

☒ NON ☐ OUI

- surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ?

☒ NON ☐ OUI

- malformation cardiaque, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, hypertension artérielle, troubles du rythme, valvulopathies, artérite, souffle carotidien, varices ou toute autre maladie de l'appareil cardiovasculaire ?

☒ NON ☐ OUI

- bronchite chronique, asthme, emphysème, embolie pulmonaire ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?

☒ NON ☐ OUI

- affections hépatiques, de la vésicule ou des voies biliaires, du pancréas ou toute autre atteinte de l'abdomen ?

☒ NON ☐ OUI

- affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, du rectum, de l'anus, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ?

☒ NON ☐ OUI

- affections des reins, des voies urinaires y compris la vessie, des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?

☒ NON ☐ OUI

- affections ou maladie de la peau ?

☒ NON ☐ OUI

- polyarthrite rhumatoïde, hernie discale, lumbago, sciaticque, arthrose, lupus érythémateux disséminé, connectivite ou toute autre maladie des os ou des articulations, ou maladies auto-immunes ?

☒ NON ☐ OUI

- tumeur bénigne et/ou maligne ?

☒ NON ☐ OUI

- toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ?

☒ NON ☐ OUI

3. • Avez-vous eu un accident ? *Quand ?*
Nature des blessures ? ☒ NON ☐ OUI → *Séquelles ?*
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? ☒ NON ☐ OUI → *Quand ? Nature exacte ?*
- Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion sanguine ? ☒ NON ☐ OUI → *Quand ? Nature exacte ?*
- Avez-vous été hospitalisé (hôpital, clinique, maison de repos, établissement de cure) ? ☒ NON ☐ OUI → *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*
4. Avez-vous effectué au cours des 5 dernières années : *Lequel ? Quand ? Résultats ?*
 • un électrocardiogramme ? ☒ NON ☐ OUI →
 • des examens sanguins ? ☒ NON ☒ OUI → *Bilan de l'activité, AL*
 • des radiographies, scanner, IRM, échographie, scintigraphie ou autres examens ? ☒ NON ☐ OUI →
5. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficence humaine (HIV) dont le résultat a été positif ? ☒ NON ☐ OUI → *Quand ? Lequel ? Résultats ?*
6. Vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ? ☒ NON ☐ OUI → *Lequel ? Pourquoi ?*
7. Suivez-vous actuellement un traitement médical ? ☒ NON ☐ OUI → *Lequel ? Pourquoi ? Depuis quand ?*
 À votre connaissance devez-vous :
 • être hospitalisé ? ☒ NON ☐ OUI → *Quand ? Pourquoi ?*
 • subir une intervention chirurgicale ? ☒ NON ☐ OUI →
 • subir un examen ou une consultation à visée diagnostique ? ☒ NON ☐ OUI →
Pourquoi ? Depuis quand ?
8. Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale pour raison de santé ? ☒ NON ☐ OUI →
9. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ? ☒ NON ☐ OUI →
10. Êtes-vous titulaire : *Pourquoi ? Depuis quelle date ? Taux ?*
 • d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ? ☒ NON ☐ OUI →
 • de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ? ☒ NON ☐ OUI →
Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?
11. Ressentez-vous une gêne particulière qui entraîne une limitation dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ? ☒ NON ☐ OUI → *Laquelle ?*
12. Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? ☒ NON ☐ OUI → *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*
13. Pour les personnes de sexe féminin : *De combien de mois ?*
 • Êtes-vous enceinte actuellement ? ☒ NON ☐ OUI → *Complications éventuelles :*
 • Votre ou vos grossesses antérieures ont-elles été difficiles ou suivies d'incidents ? ☒ NON ☐ OUI → *Combien ?*
Complications éventuelles :
14. Êtes-vous déjà titulaire de contrat(s) d'assurance-décès ou de tels contrats sont-ils en cours de souscription ? ☒ NON ☐ OUI → *Montant des capitaux garantis :* €
 Encours de prêts déjà assurés : ☒ NON ☐ OUI → *Chez Swiss Life :* €
 Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour ce contrat ? ☒ NON ☐ OUI → *Chez d'autres assureurs :* €
Pourquoi ?
15. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? *Non*

Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ? *Dr Loïc Boisser*

Mes déclarations serviront de base aux conditions de mon acceptation à l'assurance. Toute réticence ou fausse déclaration entraînerait la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Date et signature de la personne à assurer

[Signature]

Visa du Médecin examinateur

Docteur BOISSER Loïc

76 / 110970 1

25, rue Ambroise Fleury

76000 ROUEN

Tél. 02 35 71 13 00 Fax 02 35 89 79 91

Rapport du Médecin examinateur

IMPORTANT : l'Assureur invite le Médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

NOM : PERREA Prénom : DMSCH Date de naissance : 24/01/62

EXAMEN CLINIQUE DE LA PERSONNE À ASSURER

Le médecin est prié de répondre à TOUTES les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées (au besoin, ajouter un feuillet).

1. Constitution / Généralités

- Taille 1m74
- Poids 74
- Périmètre abdominal 92
- Constatez-vous la présence de malformations ? ☒ NON ☐ OUI → Lesquelles ?
- Résultat de l'inspection RAS

2. Examen cardio-vasculaire

- Pression artérielle (*) Systolique Diastolique
- Fréquence cardiaque (*) /minute
- Constatez-vous la présence :
 - d'une arythmie ? Non ☒ NON ☐ OUI → Caractéristiques :
 - d'un souffle ? Non ☒ NON ☐ OUI →
 - Siège : ☐ Cœur ☐ Vaisseaux
 - Caractéristiques : ☐ Systolique ☐ Diastolique
 - ☐ Organique ☐ Fonctionnel
 - Intensité :
 - d'une abolition des pouls périphériques ? ☒ NON ☐ OUI → Sièges :
 - de varices ? ☒ NON ☐ OUI → Siège et tolérance :

3. Examen pulmonaire

Résultat de l'auscultation et de la percussion RAS

4. Examen de l'appareil digestif

Constatez-vous à la palpation de l'abdomen, la présence :

- d'une hépatomégalie ? ☒ NON ☐ OUI → Caractéristiques :
- d'une splénomégalie ? ☒ NON ☐ OUI → Caractéristiques :
- d'une hernie ? ☒ NON ☐ OUI → Siège et importance :

5. Examen ORL

Constatez-vous la présence d'une affection :

- auditive ? ☒ NON ☐ OUI → Laquelle ?
- de la langue, du pharynx, des amygdales ? ☒ NON ☐ OUI →
- de la thyroïde ? ☒ NON ☐ OUI →

6. Examen ophtalmologique

Constatez-vous la présence d'une affection visuelle ? ☒ NON ☐ OUI → Laquelle ? Presbytie
lentes correcteurs par lecture
Acuité visuelle : Avant correction : OD /10 OG /10
Après correction : OD /10 OG /10

7. Examen ostéo-articulaire

- Constatez-vous la présence d'une pathologie ostéo-articulaire ou rachidienne ? ☒ NON ☐ OUI → Laquelle ?
- La mobilité du rachis est-elle réduite ? ☒ NON ☐ OUI →
- (flexion, extension, latéralité) ☒ NON ☐ OUI →
- Distance main - sol 46 cm
- Signe de Lasègue ? ☒ NON ☐ OUI →
- Existe-t-il une contracture paravertébrale ? ☒ NON ☐ OUI → Sièges :
- Des examens radiographiques ont-ils été pratiqués ? ☒ NON ☐ OUI → Lesquels, dates et résultats :

8. Appareil uro-génital

Pour les femmes :

- ☒ Date et résultat du dernier frottis cervico-vaginal
- ☒ Date et résultat de la dernière mammographie
- ☒ Résultat de l'examen des seins

Pour les hommes :

- ☒ Existe-t-il des indices d'une affection des organes génitaux et / ou urinaires ? ☒ NON ☐ OUI → Lesquels ?

9. Examen neuro-psychiatrique

Constatez-vous :

- ☒ La présence d'une anomalie des réflexes ostéo-tendineux ou pupillaires, de la sensibilité profonde ou superficielle ? ☒ NON ☐ OUI → Lesquelles ?
- ☒ La présence d'un signe de Babinski, d'un signe de Romberg, d'un nystagmus, de vertiges ou de signes d'insuffisance vasculaire cérébrale ? ☒ NON ☐ OUI → Lesquels ?
- ☒ La présence d'une spasmophilie ou d'une tétanie ? ☒ NON ☐ OUI → Lesquels ?
- ☒ La présence de troubles du comportement (anxiété, syndrome dépressif) ? ☒ NON ☐ OUI → Lesquels ?

10. Examen dermatologique

- Constatez-vous la présence d'un état pathologique ? ☒ NON ☐ OUI → Caractéristiques :

11. Examen des aires ganglionnaires

- Constatez-vous la présence d'adénopathies ? ☒ NON ☐ OUI → Sièges et caractéristiques :

12. Remarques et conclusion

À la suite de l'examen que vous venez de pratiquer :

- ☒ Des investigations complémentaires sont-elles souhaitables ? Si oui, lesquelles ? *non*
- ☒ Un traitement médical est-il souhaitable ? *non*
- ☒ Si oui, nature ? *non*
- ☒ Existe-t-il des risques d'invalidité ou d'incapacité partielle ou totale ? *non*
- ☒ Estimez-vous que le processus vital soit altéré ? *non*
- ☐ L'état de la personne à assurer peut-il être considéré comme : ☐ BON ? ☐ MÉDIOCRE ? ☐ DÉFAVORABLE ?

* Si lors de la première prise, la pression artérielle contrôlée en position assise dépasse 15-9 ou si la fréquence cardiaque est supérieure à 90/minute, prière d'effectuer un second contrôle en fin d'examen :

Résultats :

T.A. / mm Hg
Pouls

Remarques spéciales du Médecin :

Cachet du Médecin :

Docteur BOSSER Loïc
76 / 110970 1
25, rue Ambroise Fleury
76000 ROUEN
Tél. 02 35 71 13 00 Fax 02 35 89 79 91

Signature du Médecin examinateur

Le présent rapport, soumis au secret médical, doit être adressé sous pli fermé, directement ou par l'intermédiaire de la personne à assurer, au Médecin conseil du service médical SPB - 76095 Le Havre Cedex.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe Swiss Life mentionnée dans ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin-conseil, 7, rue Belgrand, 92682 Levallois-Perret Cedex.

SwissLife Assurance et Patrimoine – Siège social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret
SA au capital de 169 036 086,38 € – Entreprise régie par le code des assurances – 341 785 632 RCS Nanterre.

www.swisslife.fr